

INTERIM ASSISTANCE REIMBURSEMENT AUTHORIZATION
INITIAL PAYMENT الدفعه الأولى

رقم التليفون (الهاتف)	رقم بطاقة هوية العميل [٤]	رقم الضمان الاجتماعي	اسم الحالة
العنوان	المدينة	الولاية	رمز البريدي
العنوان البريدي	المدينة	الولاية	رمز البريدي

المقصود بمصطلح الولاية هو إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية

ما الذي أذن للولاية أن تفعله بتوقيعه على هذا الإنذن؟

في حالة اعتباري مؤهلاً لتلقي مخصصات دخل الضمان التكميلي (SSI)، أفهم أنني بهذا أعطى إذناً لمفوض إدارة الضمان الاجتماعي (SSA) بأن يرسل:

- أول دفعه مستحقة لي بأثر رجعي من مخصصات دخل الضمان التكميلي (SSI) إلى الولاية؛ أو
- إذا كان القانون الفيدرالي يضع قيوداً على الكيفية التي تصرف لي بها نقود دخل الضمان التكميلي SSI المصاروفة لي، فيكتفي بأن يرسل إلى الولاية مبلغاً مساوياً لقيمة المساعدة العامة القابلة للاسترداد التي تلقيتها من الولاية.

كيف ستدفع للولاية المساعدة الحكومية القابلة للاسترداد التي تحتتها لي؟

سوف تخصم الولاية من أول دفعه مستحقة لي بأثر رجعي المبلغ الذي تلقيته من الولاية عن الفترة التي تبدأ في الشهر الأول الذي أصبحت فيه مؤهلاً لتلقي دفعه من دخل الضمان التكميلي، وتنتهي بالشهر الذي يبدأ فيه دفع دخل الضمان التكميلي الخاص بي. وفي حال عدمتمكن الولاية من وقف صرف المساعدة العامة الخاصة بي على الفور، فإن الفترة المذكورة تنتهي في الشهر التالي. وإذا كان القانون الفيدرالي يضع قيوداً على الكيفية التي يمكن أن تلقي بها أي مبالغ زائدة، فستكتفي إدارة الضمان الاجتماعي بأن ترسل إلى الولاية مبلغاً يساوي قيمة التقدّم التي تلقيتها من الولاية. ولن تخصم الولاية أي نقود مقابل المخصصات المملوكة بالكامل أو جزئياً بدولارات فيدرالية.

ماذا يحدث إذا أخذت الولاية نقوداً أكثر من اللازم؟

سوف ترسل الولاية إلى أي مبالغ مالية زائدة، ومعها خطاب يخبرني بقدر المبلغ الذي احتفظت به الولاية، وذلك في غضون 10 أيام عمل بعد تلقي الولاية المدفوعات من إدارة الضمان الاجتماعي.

ماذا أفعل إذا أرسلت إدارة الضمان الاجتماعي لي أول دفعه؟

سوف أقوم بتبظير الشيك بعبارة "يُدفع لولاية واشنطن" payable to the State of Washington وإرساله إلى العنوان التالي:

STATE OF WASHINGTON
OFFICE OF FINANCIAL RECOVERY (OFR), MAIL STOP 5862
PO BOX 9501
OLYMPIA WA 98507-9501

ما مدة سريان هذا الإنذن؟

هذا الإنذن ملزم على الولاية وعلى لمدة سنة تقويمية واحدة من تاريخ استلام الولاية له. ويجب التوقيع على هذا الإنذن وإدراج تاريخه بواسطة كل من ممثل للولاية ومني حتى يكون إنذناً صحيحاً. وستحتفظ إدارة الضمان الاجتماعي بهذا الإنذن في ملفاتها لمدة سنة واحدة.

إذا كنت سأقدم بطلب لدخل الضمان التكميلي أو تقدمت فعلاً بطلب لذلك، فإن هذا الإنذن يكون سارياً حتى ولو تجاوزت مدتة السنة الواحدة إلى أن:

- أحصل على أول دفعه مستحقة لي من دخل الضمان التكميلي؛ أو
- أتأخر في تقديم طلب لاستعراض حالتي وتنتهي الفترة التصوّي المسموح بها لطلب إجراء استعراض إداري أو قضائي؛ أو
- أتفق أنا والولاية على إنهاء هذا الإنذن.

لا يكون هذا الإنذن ملزماً علي في حالة عدم إخطار الولاية إدارة الضمان الاجتماعي بتوقيعه على هذا الإنذن في غضون 30 يوماً تقويمياً من تاريخ توقيعي على هذا النموذج.

هل يحمي هذا الإنذن حقي في التقديم للحصول على مخصصات دخل الضمان التكميلي؟

نعم، إذا لم أكن قد تقدمت فعلاً بطلب للحصول على دخل ضمان تكميلي وأعتزم تقديم طلب للحصول عليه، فإن هذا النموذج يشكل إشعاراً من إدارة الضمان الاجتماعي بأن أمامي 60 يوماً لتقديم طلب للحصول على دخل ضمان تكميلي وذلك لحماية حقي بالنسبة لناريخ التقديم. وفي حالة الموافقة على طلبي فقد تسرى مخصصات دخل الضمان التكميلي من تاريخ توقيعي على هذا النموذج. أما في حالة عدم تقديم طلباً للحصول على مخصصات دخل الضمان التكميلي في غضون 60 يوماً، فلن يعون لهذا الإنذن القراءة على حماية حقي في تاريخ تقديم طلب الحصول على دخل الضمان التكميلي.

لي الحق في عقد جلسة استماع منصفة في حالة عدم موافقتي على أي إجراء تتخذه الولاية بشأن هذا الإنذن والمبلغ المسترد.

التاريخ

توقيع العميل [٤]

DSHS 18-235 AR (REV. 03/2005)
تاريخ الاستلام بواسطة إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية

توقيع ممثل إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية DSHS